

Таблица 1. Водный баланс в первые 4 суток пребывания в РАО

Сутки пребывания в РАО	Водный баланс в мл
1 сутки	500(-200;1000)
2 сутки	150(-750;750)
3 сутки	500 (-350;750)
4 сутки	275(-600;800)
Итого за 4 суток	1425

Показатели гемодинамики (артериальное давление, центральное венозное давление, пульс) при этом оставались стабильными и практически не изменились.

Уровень лактата артериальной крови составил 0,91(2;0,65) ммоль\л.

PaO₂/FiO₂ – 276(264;283) мм рт. ст. имел статистически значимое увеличение (p<0,05) при минимально положительном (150 мл) суточном водном балансе. Уровень натрия, хлора, pH оставался в течение 4 суток в пределах нормы.

Выводы.

1. Положительный баланс инфузионной терапии 1425 мл (за первые 4 суток) не вызывает значимых изменений параметров центральной гемодинамики (АД, пульс, ЦВД), развитие гиперхлоремического ацидоза, гипо- / гипернатриемии.

2. Имеет место статистически значимое (p<0,05) увеличение показателя PaO₂/FiO₂ при минимально положительном суточном балансе (150 мл), что свидетельствует об улучшении легочной функции.

Литература

1. Нестеренко, Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлуков. – М. : Бином Пресс, 2004. – 304 с.

2. Фадеев, Б.М. Оптимизация интенсивной терапии острого деструктивного панкреатита / Б.М. Фадеев, А.В. Зайцев, С.М. Шамсутдинов // Клиническая анестезиология и реаниматология. – 2004. – Т. 1, № 3. – С. 51-52.

3. Spanier, B. Incidence and mortality of acute and chronic pancreatitis in the Netherlands: a nationwide record-linked cohort study for the years 1995-2005 / B. Spanier, M. J. Bruno, M.G. Dijkgraaf // World J Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19. – P. 3018-3026.

4. Aggarwal, A. Fluid resuscitation in acute pancreatitis / A. Aggarwal, M. Manrai, R. Kochhar // World J Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20, № 48. – P. 18092-18103.

КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ СТЕНОЗАХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Савельев И.А., Лукомский И.В., Пашиков Л.А., Наумова Г.И., Кутько А.П.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

УЗ «Витебский областной диагностический центр»

УЗ «Витебская областная клиническая больница»

Актуальность. Реконструктивные операции на экстракраниальных отделах внутренних сонных (ВСА) и позвоночных артерий (ПА) при их стенозическом поражении атеросклеротическими бляшками рассматриваются как эффективный метод профилактики повторных острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Считается, что у пациентов, перенесших транзиторную ишемическую атаку и имеющих стеноз соответствующей внутренней сонной артерии более 70%, риск повторной мозговой катастрофы в течение года составляет 12-13% (популяционный 0,4%), 3-х летний риск - 30-35%. Эндартеректомия снижает годовой риск до 1-2%, а у пациентов, перенесших в аналогичной ситуации инсульт, годовой риск повторного инсульта снижается с 5-9% до 2-3% [1]. Отмеченное явилось основанием для включения хирургических методов профилактики повторных ОНМК в международные и национальные рекомендации по лечению данной категории больных [2, 3]. В то же время, оперативные вмешательства не останавливают течения атеросклеротического процесса, а, соответственно, и вероятность рестенозирования оперированных сосудов. По различным оценкам, количество рестенозов после реконструкции каротидной бифуркации только в раннем послеоперационном периоде составляет 0,5 -4,9 %, что связывают с техническими дефектами выполнения операции. В отдаленном же послеоперационном периоде рестенозы выявляются у 7,9 - 29% больных [4]. Как следует из литературы, после реконструкций ВСА на протяжении первых 24 месяцев причиной рестенозов принято считать гиперплазию интимы. В последующем рестенозирование происходит в основном из-за прогрессирования атеросклероза, что может потребовать очередного хирургического лечения [4]. Дополнительными атерогенными факторами считаются курение, пол, возраст, артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сахарный диабет [2, 3].

Цель настоящего исследования заключалась в определении частоты периоперационных осложнений, частоты и характера рестенозирования экстракраниальных отделов оперированных артерий у пациентов, которым были выполнены реконструктивные хирургические вмешательства.

Материал и методы. Клинико-катамнестическое обследование было проведено у 55 пациентов, оперированных в период 2008 - 2014 г.г. по поводу симптомных стенозов артерий, питающих головной мозг. Из них 33 пациентов (1-я группа) были повторно обследованы после выполнения каротидной эверсионной эндартеректомии (КЭЭАЭ), 22 (2-я группа) - после баллонной ангиопластики и стентирования (БАСТ). Средний возраст пациентов составил $56,8 \pm 4,8$ года. Мужчин в группе было 53 человека, женщин 2. Показанием к реконструктивным операциям у обследованных пациентов явились симптомные значимые стенозы сонных, позвоночных, подключичных артерий. В первой группе было выполнено 36 КЭЭАЭ: в 33 случаях на одной ВСА, в 3 случаях - на обеих. Во второй БАСТ подключичных артерий (ПКА) выполнена у 5 пациентов, ПА - у 5 пациентов, ВСА - у 12 человек (у одного пациента - 0 обеих ВСА). Решение вопроса о проведении реконструктивной операции и ее методе осуществлялся на основании отечественных и международных рекомендаций после проведенного необходимого клинико-инструментального обследования [2,3]. Для выявления отдаленных последствий реваскуляризации в обеих группах пациентов, помимо клинико-катамнестического анализа, проведено ультразвуковое дуплексное сканирование подключичных, сонных и позвоночных артерий.

Результаты и обсуждение. В соответствии рекомендациями МЗ РБ [3] реконструктивные операции по показаниям выполняются в учреждениях, если процент тяжелых периоперационных осложнений и смертности в них не превышает 6%. В обеих группе обследованных не было периоперационных ОНМК и периоперационной летальности. У 9% пациентов после КЭЭАЭ констатированы легкие бульбарные нарушения, связанные с интраоперационной травматизацией ветвей бульбарной группы черепных нервов.

Клинико-катамнестический анализ позволил констатировать отсутствие за период наблюдения повторных ОНМК в обеих группах оперированных пациентов. В то же время повторное контрольное ультразвуковое дуплексное сканирование церебральных артерий выявило различное по скорости развития рестенозирования оперированных артерий. Так в группе пациентов после КЭЭАЭ в течение первого года рестенозы различной степени выраженности зафиксированы у 77,8% пациентов (2-я группа - 42,7%); в течение 1- 2 лет - у 92,8% первой и у 30% второй групп; 2-3 лет - у 100% и у 50% соответственно. У одного пациента на 3-м году после КЭЭАЭ рестеноз достиг уровня окклюзии. После БАСТ ПА на 2-м году так же развилась окклюзия стентированного сосуда у одного пациента. По обеим группам имело место различие и совокупное количество рестенозов по степени выраженности: в первой группе в 47,2% стенозы отнесены к легким (по методу ECST), в 19,4% - к субкритическим, в 19,4% - к критическим; во второй группе критических стенозов не зафиксировано, субкритические составили 4,3%, легкие - 34,8%. Не выявлено рестенозов по группам в целом у 56,5% пациентов после БАСТ и у 11,1% после КЭЭАЭ. Всем пациентам при выписке был рекомендован аспирин в качестве антиагреганта.

Таким образом, проведенный анализ показал, что процент тяжелых периоперационных осложнений у пациентов, перенесших реконструктивные операции на брахиоцефальных артериях, не превысил допустимой величины. Частота и характер рестенозирования оперированных артерий на данном материале позволяет оценить БАСТ как менее травмирующее вмешательство с более благоприятным прогнозом в плане рестенозирования. В целом же изложенное заостряет внимание на необходимости обязательной диспансеризации данного контингента пациентов, динамического УЗ контроля состояния сосудов и обязательного подбора антиагрегантной или антикоагулянтной профилактической терапии.

Литература:

1. Primary prevention of ischemic stroke / L.B. Goldstein [et al.] // *Stroke*. – 2006 Jun. – Vol. 37, N 6. – P. 1583–1633.
2. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий / Рос. о-во ангиологов и сосудистых хирургов, ассоц. сердеч.-сосуд. хирургов России, Рос. науч. о-во рентгенэндоваскулярных хирургов и интервенц. радиологов, Всерос. науч. о-во кардиологов, Ассоц. флебологов России. – М, 2013. – 70 с.
3. Инструкцией об организации профилактики инфаркта мозга и транзиторных ишемических атак : Приказ МЗ РБ № 87 от 09.09.2011 г.
4. Restenosis after carotid angioplasty, stenting, or endarterectomy in the Carotid and Vertebral Artery Transluminal Angioplasty Study (CAVATAS) / D. J. McCabe [et al.] // *Stroke*. – 2005. – Vol. 36. – P. 281-86.